

Terceira idade – I

JOÃO ESTEVAM DA SILVA (*)

Promotor de Justiça – SP

Este relevantíssimo tema é muito pouco estudado em nosso país e só passou a nos chamar mais atenção a partir de 17 de maio do ano em curso, dia em que se deu a primeira fiscalização conjunta do Ministério Público, Vigilância Sanitária, Polícias Militar e Civil, apoiada pela Magistratura, e com o conseqüente fechamento da Casa de Repouso Jardim Tropical, situada à Rua Muniz de Souza, nº 865, Aclimação, Capital, que praticava perversidades hediondas contra seus hóspedes idosos.

O nosso interesse aumentou quando constatamos que não existia apenas aquela casa de repouso praticando maus-tratos gravíssimos contra idosos, mas centenas delas, o que nos levou a criar o GAPI (Grupo de Assistência e Proteção ao Idoso), que funciona junto à Primeira Promotoria de Justiça Criminal da Capital, fone 233-4950, cujo trabalho está sendo coordenado por nós e com ênfase dos meios de comunicação.

Mas a expressão terceira idade não só nos remete a um estágio mais avançado da vida como também pressupõe a existência de uma primeira e segunda idades. Contudo, para melhor entendê-las torna-se necessário encontrarmos elementos que as identifiquem.

A primeira idade vai do nascimento aos 12 anos incompletos (criança), ao passo que a segunda dos 12 aos 18 anos – adolescente (art. 2º da Lei Federal nº 8.069/90, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente); a terceira idade, conforme leciona Simone de Beauvoir, uma das maiores autoridades no assunto, “não é um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo” in “A Velhice”, 2ª edição, pág. 17, Nova Fronteira, 1990).

Adverte Beauvoir que “É no seio do empreendimento de viver que se estabelece a hierarquia das idades, e o critério é muito mais incerto”. E acrescenta: “Seria preciso saber qual o objetivo a que visa a vida humana para determinar quais as transformações que a afastam e quais as que a aproximam desse objetivo” (obra cit., pág. 18).

Relata Beauvoir que é a partir dos 20 anos, em especial dos 30, que tem início um processo de involução dos órgãos de uma pessoa. Contudo, não se pode falar de envelhecimento enquanto as deficiências permanecerem esporádicas e forem facilmente contornadas. Aliás, sob o aspecto moral, uma pessoa pode ter sido acometida de grandes perdas

(*) Coordenador do Grupo de Assistência e Proteção ao Idoso – GAPI.

antes de atingir a degradação física. Porém, nada impede tenha obtido ganhos intelectuais antes de tal processo. Daí concluir ela que "a velhice não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural" (idem, pág. 20).

E prossegue dizendo com seu indiscutível pioneirismo que, "Hoje, os adultos interessam-se pelo velho de outra maneira: é um objeto de exploração. Nos EUA sobretudo, mas também na França, multiplicam-se clínicas, casas de repouso, residências, e até mesmo cidades e aldeias, onde se faz as pessoas idosas que dispõem de meios pagarem o mais caro possível por conforto e por cuidados que freqüentemente deixam muito a desejar" (fonte cit., pág. 269).

Na Tchecoslováquia, foram os jovens que, a partir de janeiro de 1968, lançaram uma campanha indignada em favor da velhice.

Escreveu Sauvy que "De todos os fenômenos contemporâneos, o menos contestável, o mais certo em sua marcha, o mais fácil de prever com muita antecedência, e, talvez, o de conseqüências mais pesadas, é o envelhecimento da população".

Historia Simone de Beauvoir que na Antigüidade a expectativa de vida era de 18 anos entre os Romanos; de 25 anos no século XVII; no século XVIII, ela era de 30 anos na França; em 1951, 10% das pessoas na França já tinham mais de 60 anos e, hoje, em torno de 18%, ou seja, por volta de 9.400.000, sendo que metade pertence à população rural, onde 2/3 são mulheres, fato este resultante de que a mortalidade infantil passou, em um século, de 40% para 2,2%, o que elevou a expectativa de vida na França para 68 anos, no caso dos homens, e para 75 anos, no das mulheres. Nos EUA, ela elevou-se de 71 anos, para o homem, e 77 para a mulher.

Citando relato feito pela jornalista financeira Sylvia Porter, Beauvoir nos dá conta de que os **nursing homes** são as últimas novidades no mercado de valores, que foram previstos pelas firmas Holiday Inn e os hotéis Sheraton, mesmo antes que o programa "Medicare" fosse votado e operacionalizado. E, de acordo com o "Business Week", esses negócios estão numa ascensão vertiginosa. Em comparação com esse súbito florescimento, os programas financiados no plano federal são evidentemente muito insuficientes, pois só prevêem a construção de casas para as pessoas idosas no quadro do auxílio aos economicamente fracos. Por outro lado, facilidades em matéria de impostos tornaram possível a gestão, por organismos religiosos, de grupos de apartamentos para velhos. Pareceria então que, embora isso continue a custar muito caro para as famílias, a atenção que se dá aos velhos começa a estar na medida de seus problemas médicos ou sociais.

Um erro falseia o problema na base, no entanto. O Medicare só cobre uma pequena minoria de velhos - aqueles que requerem cuidados pós-hospitalares durante um período de 100 dias, no máximo. A idéia do Medicare era a de retirar dos hospitais os velhos, quando pudessem ser tratados de maneira adequada num **nursing home** próximo a um hospital, antes de retornar a suas casas... As cadeias de **nursing homes**, de que tentam apropriar-se os meios financeiros, floresceram para responder a uma necessidade bem precisa: a de dispensar atendimentos de curta duração, e que dependem de um hospital. O fato de que um tal mercado se tenha aberto para responder às necessidades definidas, entretanto, de maneira restritiva pelo título 18 do ato, permite-nos deduzir qual era o triste estado dos **nursing homes** antes do Medicare. Para responder às condições impostas pelo Medicare, um **Nursing Home** deve ter um médico e uma enfermeira à sua disposição, em caso de necessidade, durante 24 horas integrais; mas já que o **nursing home** depende por definição de um hospital, isso não coloca nenhum problema. O recrutamento de especialistas de fisioterapia - impostos pelo Medicare - não passa, também, de uma questão de dinheiro, pois não há uma verdadeira falta deles. Quanto às "comodidades" de que fala a lei Medicare, são os **nursing homes**. Entretanto, tendo a expressão sido uti-

lizada a torto e a direito, pareceu necessária uma nova terminologia. Esses estabelecimentos são oficialmente chamados de "Casas de atendimento com orientação médica".

As "Casas de atendimento com orientação médica" - o que é uma contradição nos termos - completam o mercado, no que concerne ao atendimento de longa duração, ou aos últimos cuidados que se devem dispensar aos velhos. Esses estabelecimentos - assim como os que são mais corretamente denominados casas de repouso ou casas para velhos - constituem o objeto de um outro artigo do ato de Previdência Social, o título 19. Com o nome de Medicaid (mas geralmente confundido com o Medicare), essa legislação tem um campo de aplicação muito mais vasto, e concerne à harmonização dos programas estabelecidos por cada Estado... As diversas instituições recebem do Medicaid as mesmas subvenções que recebiam quando vigoravam os programas anteriores (uma média de 300 dólares por mês e por paciente) com a única diferença de que a contribuição financeira de Washington é mais importante. O Medicaid não faz mais que dar certas indicações de base, no que concerne à assistência médica exigida pelos cidadãos de todas as idades, mas que pertencem a certas categorias definidas pela renda. No Estado de Nova Iorque, todos conhecem bem o extenso programa posto em execução pelo governador Rockefeller, no quadro do Medicaid, que atinge cerca de uma pessoa em cada dez no Estado.

Mas o Medicaid revelou-se ineficaz para regulamentar os estabelecimentos que, segundo essa lei, recebiam subvenções para cuidar das pessoas idosas. São as repartições competentes de cada Estado que determinam os doentes que serão amparados pelo Welfare ou M.A.A. (Auxílio médico às pessoas idosas), e os estabelecimentos que as atenderão.

Isso resulta das pressões exercidas pelas associações de **nursing homes**, quando da redação das cláusulas essenciais do Medicaid. Há anos as autoridades responsáveis de cada Estado esbarram no mesmo problema: como impor certas normas aos estabelecimentos para velhos, dado que muitos não possuem as qualidades exigidas, e que uma estrita aplicação da lei estaria sujeita a piorar a situação de seus pacientes?

Quando são ameaçados de ter que fechar, porque violam constantemente as regulamentações, os diretores desses estabelecimentos duvidosos não fazem mais que dar de ombros: "O que vamos fazer, então? Jogá-los na rua?".

Dos cerca de 30 estabelecimentos que dispensam atendimento de longa duração aos velhos, mais da metade não pretende responder às condições exigidas. Na maior parte dos Estados, a lei impõe a presença, durante oito horas por dia, de uma enfermeira diplomada, ou que tenha feito um estágio de qualificação; isso para as casas que atendem doentes M.A.A. Mas o nível das enfermeiras qualificadas não está à medida dos problemas psicológicos ou médicos dos velhos que são ali atendidos. E a falta de enfermeiras diplomadas nos hospitais - embora ali se ofereçam bons salários - permite imaginar o nível de atendimento dispensado pelas enfermeiras nos **nursing homes** (2,40 dólares por hora, se são diplomadas); as enfermeiras não diplomadas têm em média 1,65 dólar, e a média nacional dos salários pagos ao pessoal dos **nursing homes** é inferior a 1,25 dólar.

Alguns desses estabelecimentos tiram proveito desses prazos de tolerância durante mais de um ano. O Serviço de Saúde do Oregon não faz mais que explicitar um problema muito comum, quando declara que "é enganar o público chamar esses estabelecimentos para velhos de 'casas de atendimento médico', quando nenhum atendimento pode ali ser dispensado".

Por seu lado, os Estados são cúmplices desse engodo, quando se recusam a reorganizar seus serviços competentes nesse campo. E os 300 dólares que cada Estado paga por cada paciente amparado não fazem mais que subvencionar estabelecimentos que ficam aquém do nível exigido, além de favorecerem a multiplicação destes.

Na outra extremidade da profissão médica situa-se uma outra prática escandalosa e igualmente nociva. É que médicos são os fundadores ou os responsáveis por **nursing**

homes para os quais enviam seus clientes, sem esclarecê-los sobre o tipo de participação que têm neles (é o chamado pela Associação dos Consumidores de escândalo médico vergonhoso junto à Associação Médica Americana). Ex. de tais estabelecimentos é a Four Seasons, sociedade anônima, que vende títulos aos médicos. O Four Seasons admite o fato de que 50% de seus leitos são ocupados por clientes enviados pelos médicos acionistas.

Há uma ameaça ainda mais perigosa do que esse conflito de interesses; é a pressão, tanto moral quanto financeira, exercida pelo corpo médico, que faz com que os **nursing homes** sejam considerados como a solução para o problema das pessoas idosas. A adaptação à vida normal não parece ser o campo em que se fariam investimentos rentáveis.

Pode-se retrucar que pelo menos esses novos estabelecimentos, dirigidos por médicos, estão elevando o nível escandalosamente baixo que essa indústria conheceu nos últimos 30 anos. Mas para cada estabelecimento novo, que oferece quartos individuais, salão de beleza, hora de coquetéis e fisioterapia, subsistem dezenas que fazem todas as economias possíveis para tirar um certo proveito da subvenção de 300 dólares mensais concedida pelo Estado.

Segundo a Associação Nacional de Prevenção contra o Fogo, o lugar mais propenso ao incêndio que se pode encontrar na América é um **nursing home**.

Um outro escândalo é a maneira pela qual a própria saúde dos velhos é ameaçada. Segundo os gerontologistas, um dos tratamentos mais perigosos para os velhos não psicológicos é a inatividade forçada. Em função do sistema de auxílios Medicaid (assim como de outras indenizações Welfare, que existiam antes do Medicaid), os doentes são mantidos no leito com mais frequência do que necessário, para justificar um suplemento de 3 a 5 dólares.

É também muito fácil cuidar deles quando estão acamados (o risco de quedas que custariam caro aos seguros é, assim, afastado).

Nos estabelecimentos de tipo comum, em virtude da falta de pessoal, não se vira com suficiente frequência o doente no leito para evitar as temíveis úlceras de decúbito (escaras), que são feridas abertas tão dolorosas quanto difíceis de curar.

É comum também administrar medicamentos sem discernimento, seja para acabar com os doentes, seja por medida de economia, e isso leva a problemas médicos insolúveis – pelo menos para um pessoal não qualificado.

O público não tem consciência do mal que fazemos aos velhos quando os privamos dessas pequenas satisfações e das atividades de que é feita a vida, e que, com muita frequência, dão um objetivo à existência.

A comida, por exemplo, é um problema constante nos estabelecimentos de categoria inferior.

O mais grave abuso é talvez a falta de respeito pela pessoa do paciente. Esta ocorre, por vezes, intencionalmente (grosserias para com o paciente).

Faz-se pouco caso da vida privada dos pacientes, e aí está uma das queixas ouvidas com maior frequência pelos visitantes.

O quadro é tão grave que o Departamento de Saúde, Educação e Previdência Social (H.E.W.) prometeu rever as leis Medicare e Medicaid, depois do escândalo da Califórnia.

Depois de fazer esse relato dramático, Beauvoir propõe soluções alternativas: a) adaptação e tratamento do idoso como pessoa e não um simples doente; b) pagar os auxílios Medicare ou Medicaid diretamente às pessoas implicadas, em vez de subvencionar as instituições acolhedoras de idosos; c) atendimento a domicílio, quando os idosos não tiverem parentes adultos perto de si; d) fiscalização (idem op. cit., págs. 675/684).

No Brasil, dados da Fundação SEADE mostram que a expectativa de vida ao nascer, no Estado, passou de 54,2 anos em 1950 para 68,2 em 1985 e que nesse período a esperança de vida aos 60 anos elevou-se de 14,6 anos para 17,4 anos, indicando uma tendên-

cia de envelhecimento dentro do próprio grupo da população idosa. Verificou-se, de outro lado, que a partir dos 60 anos, à medida que a idade aumenta, a participação da população masculina diminui no universo dos idosos, com uma tendência de vida maior para as mulheres "não abastadas".

O problema do idoso se agrava, a exemplo do que também ocorre lá fora, com a aposentadoria ou a partir da condição de pensionista, vez que ela é sempre inferior do que os vencimentos provenientes do trabalho, obrigando-o a procurar um posto de trabalho, o que é muito difícil, senão quase impossível, e quando ocorre se dá de forma precária, pois, em regra, não teve chance de escolarização se comparado às gerações atuais e ainda é responsável pela sobrevivência e manutenção de sua família.

A Carta Magna de 1969 previa que Lei especial disporia sobre a assistência à maternidade, à infância e à adolescência e sobre a educação de excepcionais. Todavia, foi a Emenda Constitucional 12/78 que ampliou os direitos aos deficientes (físicos e mentais), assegurando-lhes a melhoria de sua condição social e econômica, mediante: I – educação especial e gratuita; II – assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do País; III – proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV – possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.

Mas foi a Constituição Republicana, de 5.10.88, que em seu artigo 203, inciso I, garantiu a proteção assistencial também ao idoso.

Dispõe ainda a Lei das Leis que "... os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade" (artigo 227, § 6º), bem como que "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida", e que "Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos" (artigo 230 e § 2º).

Enfim, conclui-se do até aqui exposto que a terceira idade não é mesmo, como muito bem definiu Simone de Beauvoir, "um fato estático; é o resultado e o prolongamento de um processo", que precisa ser acompanhado por todos, de molde a justificar, em outra oportunidade, que a ele retornemos, em atenção ao respeito e proteção que merecem nossos idosos, quando então passaremos a falar das casas de repouso ou asilos brasileiros e de suas condições.